

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 8

LA LUXATION CONGÉNITALE DES TENDONS DES MUSCLES PÉRONIERS LATÉRAUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le Samedi 28 Janvier 1933

PAR

Nintcho NINTCHEFF

Né le 21 Août 1896 à Krouchovitzza (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la thèse	{	MM. ETIENNE, professeur, <i>président</i> . LAPEYRE, professeur COLL DE CARRERA, agrégé AIMES, agrégé	}	<i>assesseurs.</i>
---------------------------	---	--	---	--------------------

BIARRITZ
IMPRIMERIE MODERNE DE "LA GAZETTE"
17, Rue Duler, 17

1933

LA LUXATION
CONGÉNITALE DES TENDONS
DES MUSCLES
PÉRONIERS LATÉRAUX

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 8

LA LUXATION CONGÉNITALE DES TENDONS DES MUSCLES PÉRONIERS LATÉRAUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le Samedi 28 Janvier 1933

PAR

Nintcho NINTCHEFF

Né le 21 Août 1896 à Krouchovitza (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la thèse	{	MM. ETIENNE, professeur, <i>président</i> . LAPEYRE, professeur COLL DE CARRERA, agrégé AIMES, agrégé	}	<i>assesseurs.</i>
---------------------------	---	--	---	--------------------

BIARRITZ
IMPRIMERIE MODERNE DE "LA GAZETTE"
17, Rue Duler, 17

1933

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	E. HEDON
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	GIRAUD
Clinique médicale	VIRE
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	EUZIERE, doyen
Clinique des malad. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge...	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Physiologie (Ch. de c.).....	L. HEDON
Matière médicale (Ch. de c.).....	CABANNES
Radiologie	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés des cours complémentaires

Chargés des cours complémentaires	MM.
Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Physiologie	L. HEDON, Prof.
Pathologie expérimentale	PAGES
Matière médicale	CABANNES, Prof.
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. lib.
Accouchements	COLL de CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, Prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Stomatologie	Dr WATON

Agrégés en exercice

		Chirurgie	MM. AIMES N...
	MM. BOULET	Anatomie	LAUX
Médecine.....	PAGES	Chimie	N...
	PUECH		
	JANBON	Obstétrique...	COLL de CARRERA
		Histologie ...	GRANEL

Examineurs de la thèse

MM. ETIENNE, professeur, président.
LAPEYRE, professeur.

MM. COLL DE CARRERA, agrégé.
AIMES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie
à la faculté de Médecine de Montpellier

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. AIMES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé dans ce travail.

Nous exprimons notre vive gratitude.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL
DE BAYONNE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DELAY
ET MONSIEUR LE DOCTEUR LAFOURCADE
Chirurgiens

*qui nous ont encouragé, aidé et soutenu de leurs bons
conseils à persévérer dans la voie de la chirurgie.*

Témoignage de notre profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LABOURDETTE

pour son enseignement clinique.

AUX AUTRES DOCTEURS
ATTACHÉS A L'HOPITAL DE BAYONNE

AUX MEMBRES
DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE
DE L'HOPITAL DE BAYONNE

Remerciements et Reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA LUXATION CONGÉNITALE DES TENDONS DES MUSCLES PÉRONIERS LATÉRAUX

INTRODUCTION

La luxation des tendons des muscles péroniers latéraux est, dans son ensemble, on peut bien le dire, une rareté. En effet, l'importante thèse de Moutier (1921) en rapporte seulement une cinquantaine de cas ; et, depuis, nos recherches nous ont permis seulement de trouver quelques cas isolés et publiés par Estor et Aimes (1928), Aimes (1931), Otakar E. Schulz (1927), Richard (1930). Mais, dans toutes ces observations, il s'agit de luxations traumatiques, qui sont aisément reconnues parce qu'elles succèdent à un faux pas, à une chute, qui attirent l'attention sur la région du cou-de-pied et font croire au premier abord à une entorse tibio-tarsienne ou sous-astragaliennne ; un examen attentif a tôt fait de dépister le déplacement des deux tendons péroniers en avant de leur gouttière de glissement rétro-péronière.

Beaucoup plus rare encore paraît la luxation congénitale de ces mêmes tendons : le très intéressant mémoire de Puyhaubert (1908) en rapportait deux cas seulement. L'article

fondamental d'Estor et Aimes, paru en 1923 dans la « Revue d'Orthopédie », basé sur des recherches très complètes dans la littérature, étudie neuf cas bien authentiques, dont un personnel ; chiffre réduit à coup sûr, et que ne viennent guère augmenter les recherches que nous-même avons poursuivies dans la littérature. En effet, après avoir parcouru les périodiques spécialisés français, chirurgicaux ou orthopédiques, et les vastes catalogues anglo-saxons qui donnent un relief à peu près exact de la littérature mondiale, nous n'avons trouvé, depuis le mémoire d'Estor et Aimes, qu'un seul nouveau cas, publié par ces mêmes auteurs, toujours dans la « Revue d'Orthopédie », en 1928, et enfin une observation présentée par Aimes devant la Réunion d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil locomoteur à Bordeaux, en 1931.

Quel enseignement tirer de ce coup d'œil d'ensemble ? D'abord et au premier regard, que la luxation congénitale des tendons péroniers est d'une extrême rareté, puisque nous en réunissons en tout et pour tout onze cas. Mais en y regardant mieux, nous sommes aussi frappés par ce fait que plusieurs de ces cas rares ont été observés par le même auteur : deux par Puyhaubert, quatre par Mouthier, trois par Aimes. Ne faut-il pas en conclure que ces auteurs, ayant une fois su dépister la lésion, savent, lorsqu'ils se trouvent à nouveau en sa présence, ne pas la méconnaître, alors qu'elle échapperait à un œil non averti ? Ce qui peut renforcer cette manière de voir, c'est que les troubles fonctionnels provoqués par cette luxation tendineuse congénitale, sont en général très minimes ; n'ont même pas attiré l'attention du patient, et sont des trouvailles d'examen, alors que l'on examine un malade pour une tout autre raison.

La luxation congénitale du tendon péronier ne serait donc peut-être pas tout à fait exceptionnelle, mais habituellement méconnue. Ceci n'est évidemment qu'une hypothèse, et on comprendra qu'il nous est tout à fait impossible de nous faire ou de donner une idée exacte de la fréquence réelle de cette lésion.

Il y a donc grand intérêt à la connaître, et c'est avec un vif intérêt que nous en avons entrepris l'étude. Qu'il nous soit permis ici d'assurer de toute notre reconnaissance M. le Professeur Aimes, qui nous en a suggéré l'idée, et qui non seulement a mis à notre disposition ses observations personnelles, mais encore nous a fourni les documents précieux de ses précédents mémoires, ce qui a considérablement facilité une tâche qui pour nous aurait été semée de difficultés et d'obstacles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Double pied creux avec luxation congénitale bilatérale des tendons péroniers chez une jeune fille atteinte en outre d'une double luxation congénitale de la hanche (Estor et Aimes, Rev. d'Orthop. I-1923).

Il y a huit ans, au cours d'une descente rapide dans un escalier, la malade a mal posé le pied gauche et a ressenti une douleur, elle n'a pas pu marcher pendant quelques jours, et son médecin a porté le diagnostic de entorse du cou-de-pied. Pour le pied droit, il n'y a jamais eu d'accident, mais après une longue promenade, elle a ressenti brusquement une douleur analogue à celle du pied gauche ; il n'a pas été nécessaire de garder le repos. Cet accident s'est produit un an après celui du côté gauche.

A l'examen, on trouve deux pieds creux très accentués, la voûte plantaire est fortement excavée des deux côtés. Au niveau du talon antérieur du pied, on constate de nombreux durillons indiquant que la marche se fait en équinisme.

A l'âge de 11 ans, la malade a subi un allongement des deux tendons d'Achille.

Des deux côtés, luxation des tendons péroniers, moins prononcée à droite, où les tendons au lieu d'être placés à un travers de doigt en avant du péroné, sont en rapport avec sa face externe.

Le 23 décembre 1921, incision sur le péroné, commençant à 5 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole et se

terminant à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.
Découverte des tendons péroniers.

Attaque de la face profonde de la malléole à la rugine. Le périoste une fois décollé, on creuse une gouttière à la curette

On place les tendons péroniers dans la gouttière ainsi créée.

La difficulté n'est point de les replacer, mais de les maintenir dans cette nouvelle situation. Pour cela, on place un fil métallique chargeant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les lambeaux postérieurs de la gaine synoviale tendineuse, passant au ras des tendons, traversant la malléole préalablement perforée, les débris antérieurs de la gaine, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.

Reconstitution d'une gaine. Suture de la peau.

Le fil métallique est serré le dernier, après que les crins cutanés ont été noués. Même opération du côté opposé.

Les fils métalliques sont enlevés le vingtième jour.

La malade est revue le 5 mars, résultat très satisfaisant.

OBSERVATION II. — Subluxation bilatérale des tendons des muscles péroniers latéraux (Estor et Aimes).

G. LAMI, 20 ans, nullement gêné par sa malformation qu'il n'avait pas reconnue et que l'examen seul a révélée. Les tendons passent très facilement en avant des malléoles externes, sans dépasser leur partie moyenne, et réintègrent leur place normale avec la même facilité.

Le sujet a été opéré par l'un des auteurs, après sa naissance, d'un bec de lièvre bilatéral, sans lésions osseuses. Syndactilie

bilatérale des deuxième et troisième orteils. Pied creux très accentué à droite. (Revue d'Orth. 1928. P. 326.)

OBSERVATION III. — Luxation congénitale bilatérale.

Mademoiselle L. H... se fait, le 11 octobre 1931, au pied droit, une entorse externe, surtout médio-tarsienne; la tibio-tarsienne est peu intéressée.

On note, en outre, une luxation intermittente du tendon du long péronier latéral : le tendon quitte la gouttière rétro-malléolaire lorsqu'on place le pied en flexion associée à l'abduction; il passe à ce moment sur la malléole externe et revient en arrière lorsqu'on place le pied en extension.

On peut se demander si cette luxation est due à l'accident, mais la présence de la même malformation du côté gauche montre qu'il s'agit d'une luxation congénitale.

Revue le 31 octobre, la blessée ne souffre presque plus de son entorse, elle ne se plaint nullement de sa luxation tendineuse; aucun traitement n'est conseillé.

(A. Aimes. Réunion d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur, de Bordeaux. — 26 novembre 1931.)

OBSERVATION IV. — Luxation congénitale unilatérale.

(Kramer, Cent. f. Chir. 6 juillet 1895.)

Enfant de neuf mois, en bonne santé, ne présentant aucun arrêt de développement et n'ayant fait encore aucune tentative de marche qui aurait pu amener un basculement du pied en dedans. Les parents avaient remarqué, au niveau du pied gauche, d'une conformation et d'une mobilité normales, que surtout à l'occasion des mouvements violents, particuliè-

vement quand le pied était en abduction et **supination** le dos du pied étant allongé, les tendons passaient en avant de la cheville, avec un bruit perceptible pour revenir aussitôt à leur première position.

L'intervention fut pratiquée après échec du traitement orthopédique.

La gouttière malléolaire et le sillon latéral qui la borde étaient à peine indiqués et rien du fascia du bas de la jambe ne pouvait être considéré comme formant une sangle. Il s'agissait alors de chercher à produire une sangle résistante au moyen d'un lambeau périostique.

Dans ce but, je détachai de la malléole externe un lambeau ostéo-périostique long d'un centimètre et ayant cette forme. La base du lambeau était en arrière, je le rabattis en arrière sur les tendons et je le fixai au moyen de quelques fils de catgut sur une partie du bord postérieur de la malléole.

La plaie cutanée fut ensuite fermée et un bandage fut appliqué. Guérison en huit jours. Mobilisation à partir de la troisième semaine. A plusieurs reprises, j'ai pu constater que les tendons glissaient librement, à chaque mouvement, dans la sangle ainsi créée, qu'ils étaient complètement retenus et que l'enfant n'était gêné en rien.

OBSERVATION V. — Luxation congénitale bilatérale.

(Puyhaubert, Revue d'Orthopédie 1908, p. 321.)

P... Pierre, âgé de 3 ans, soigné pour mal de Pott, dans le Service de M. le Professeur Denucé.

Gibbosité douloureuse dorsale.

Quand on fait marcher l'enfant, on constate que ses deux pieds appuient normalement sur le sol, mais dans les mouvements d'un peu d'amplitude ou de brusquerie, on voit les tendons péroniers latéraux, surtout l'antérieur, venir croiser la malléole en avant formant relief à la contraction et soulevant la peau. Ce même déplacement est provoqué spontanément par l'enfant quand on lui fait porter son pied en abduction. Ce phénomène est bilatéral, aussi accusé à droite qu'à gauche, il est absolument indolore, et il est intermittent, les tendons reprenant leur place quand le pied est au repos. A la palpation on constate au repos que le tendon du long péronier déborde légèrement la malléole, et au moment de la luxation, une dépression rétro-malléolaire, qui paraît bien être une gouttière peu profonde.

Les parents n'avaient jamais remarqué de déformation malléolaire. La marche est normale, les surfaces d'appui plantaire de même.

Aucun traitement n'est institué, en raison du mal de Pott.

OBSERVATION VI. — Luxation congénitale bilatérale.
(Puyhaubert.)

Dissection d'un fœtus de huit mois et demi à neuf mois (hydrocéphale, probablement syphilitique).

Comme l'avait constaté Kramer sur son malade, la gouttière des péroniers n'existe pour ainsi dire pas. L'arête qui normalement limite la gouttière en dehors n'existe pas; la section de la malléole nous donne une coupe à peu près arrondie. Le ligament péronéo-astragalien postérieur existe et paraît normal. La branche antérieure du « *retinaculum pero-*

neorum » existe à l'état de mince aponévrose ; quant à la branche postérieure, elle part de la partie antérieure de la malléole, est très mince, elle se recourbe en avant de la malléole entraînée par les tendons quand on tire sur eux, mais la malformation la plus importante, c'est le défaut d'union de cette branche avec la branche antérieure. Elle va en effet se perdre insensiblement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans notre cas, nous avons encore noté l'existence d'une modification de position du squelette, l'astragale est déformé, elliptique, le tibia en avant, le péroné reporté très en arrière, augmentant aussi très sensiblement l'angle de réflexion des tendons derrière la malléole.

OBSERVATION VII. — Luxation congénitale bilatérale.

(Enrich, Cent. f. Chirurg. 1910, N. 31, p. 118.)

Enfant de 10 ans. L'auteur admet comme cause de première importance l'absence du retinaculum supérieur des tendons ; il a pu se convaincre, par de nombreuses préparations anatomiques, qu'il existe de notables différences dans le développement de ces ligaments. Pour lui, l'aplasie de la gouttière malléolaire, est bien moins importante.

Il a employé comme traitement le procédé de Koenig : taille d'un lambeau ostéo-périostique sur la malléole externe, renversement de ce lambeau en arrière au-dessus des tendons et fixation au calcanéum.

OBSERVATION VIII. — Luxation congénitale bilatérale.

(G. Moutier, Thèse de Paris. 1921, N. 284.)

F... René, 13 ans, consulte pour une engelure de la tête du cinquième métatarsien droit, on trouve une luxation bilatérale des péroniers.

L'enfant n'a jamais eu d'entorse, il ne s'est jamais tordu le pied, sa marche est normale. Le pied, plat et valgus, est très développé (l'enfant chaussé du 41).

La surface d'appui plantaire est large, aucune douleur spontanée ou provoquée, aucune laxité particulière des articulations du tarse.

Malléole épaisse, volumineuse, rejetée en arrière, avec une face postérieure large, plane et mal limitée.

Dans l'extension du pied, les tendons péroniers restent derrière la malléole ; dans la flexion combinée à l'abduction, ils la quittent brusquement avec un faible claquement et glissent sur sa surface externe.

La luxation est surtout marquée pour le long péronier qui vient se placer contre le bord antérieur de la malléole.

Le doigt ou l'extension du pied remettent facilement en place les tendons, mais la réduction ne peut se maintenir dans la flexion. Comme traitement, on recommande le port d'une guêtre bien serrée.

OBSERVATION IX. — Luxation congénitale unilatérale.

(G. Moutier.)

B. J., 14 ans, entré pour appendicite. Luxation des péroniers gauches reconnue au cours de l'examen méthodique des enfants du service. Les tendons sont en place, quand le pied est en extension ou au repos ; dans le mouvement d'abduction, ils abandonnent brusquement la face postérieure de la malléole et viennent croiser la partie moyenne de sa face externe. Le doigt perçoit en même temps un claquement.

Le pied gauche est un peu plus plat que le droit. La voûte est légèrement abaissée et la surface d'appui plantaire plus large. Aucun traitement n'est institué.

OBSERVATION X. — Luxation congénitale bilatérale.
(G. Moutier.)

V... Henriette, 11 ans, entrée pour un début de coxalgie. Dans les mouvements de flexion et d'abduction du pied, les tendons péroniers quittent leur gouttière, sans claquement et viennent se placer sur le bord antérieur de la malléole. La luxation disparaît dans l'extension.

L'enfant a des pieds plats, un peu de diastasis malléolaire et quelques mouvements de latéralité du genou.

L'anomalie bilatérale est plus marquée à gauche.

OBSERVATION XI. — Luxation congénitale bilatérale.
(A. Mouchet et G. Moutier.)

M., danseur dans un théâtre, éprouve tout à coup, pendant une figure de danse, une sensation de craquement au cou-de-pied droit, il retombait d'une assez grande hauteur sur la pointe du pied, qui sous son poids se fléchissait violemment, il ressent une douleur très aiguë et doit quitter la scène, ne pouvant même pas marcher. On porte le diagnostic d'entorse tibio-tarsienne (gonflement très marqué de toute la région malléolaire, douleur exquise au niveau de la malléole externe) ; le blessé est soigné pendant deux semaines par des bains chauds et des massages qui amènent la disparition rapide de l'œdème, puis des douleurs.

Quatre mois après l'accident, en raison d'une expertise

médico-légale, M. Mouchet examine le blessé et constate une luxation antérieure chronique des deux tendons péroniers latéraux de la jambe droite. Ceux-ci sont sentis sur la partie antérieure de la face externe de la malléole péronière, il est facile de les refouler dans leur loge normale, mais ils n'y restent pas. Le blessé peut réduire sa luxation en étendant le pied et la reproduire en le fléchissant. Aucune anomalie squelettique, mouvements normaux. La gouttière malléolaire semble normale.

Du côté opposé, on constate un degré moins marqué de luxation du tendon du long péronier latéral, sans accident antérieur; on peut replacer le tendon derrière la malléole, mais il n'y reste pas; la luxation ne se maintient réduite que dans l'équinisme forcé.

Aucune douleur, aucun œdème, les péroniers ne sont pas atrophiés, la marche était normale. La voûte plantaire au repos conservait sa concavité, mais s'aplatissait très légèrement pendant la marche, sans d'ailleurs gêner le malade. Seuls certains pas de danse restaient difficiles.

RAPPEL ANATOMIQUE

Voyons d'abord, d'après les auteurs classiques, quelle est la disposition et le comportement des tendons péroniers au contact des os du cou-de-pied et du pied, et à travers les ligaments sous lesquels ils coulisent.

1) GOUTTIERE OSSEUSE DES PERONIERS.

Voici, d'après Testut et Latarjet, la description de l'extrémité inférieure du péroné, et plus particulièrement de sa face postéro-externe, qui est en rapport direct avec les muscles et tendons péroniers.

Dans le cinquième inférieur de l'os une crête toujours très visible partie du bord antérieur et obliquement dirigée de haut en bas et d'avant en arrière divise notre face externe en deux régions d'aspect très différent une portion postérieure, plus ou moins creusée en gouttière, qui livre passage aux tendons latéraux ; c'est la gouttière des péroniers ; et une portion antérieure qui répond à la peau. « Au niveau de l'extrémité inférieure, la face postéro-externe nous présente une gouttière verticale, continuation de la gouttière des péroniers. »

Sur la face externe du calcanéum, nous rencontrons, à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, un tubercule. Au-dessus de ce tubercule, se trouve une gouttière oblique en bas et en avant pour le passage du tendon du muscle court péronier latéral. Au-dessus existe une deuxième gouttière de même direction pour le tendon du long péronier latéral. Quant au tubercule lui-même, il donne insertion aux gaines des muscles précités.

Sur la face inférieure du cuboïde, en avant de la tubérosité ou crête, la partie antérieure est creusée en une sorte de gouttière, la gouttière du cuboïde, dirigée en avant et en dehors vers l'extrémité postérieure du premier métatarsien ; à l'état **frais**, elle est recouverte et transformée en canal par une expansion du ligament calcanéo-cuboïdien. Dans ce canal passe le tendon du long péronier latéral.

II) GAINÉ FIBREUSE.

Le ligament annulaire externe du tarse est encore une bande fibreuse jetée obliquement sur les tendons des deux péroniers latéraux. Elle se détache en haut du sommet et du bord postérieur de la malléole externe et vient se terminer en bas, sur la face externe du calcanéum. La gaine ostéo-fibreuse qu'elle contribue à former est d'abord unique. Une cloison détachée de sa face profonde et fixée d'autre part au calcanéum la divise plus bas, en deux coulisses secondaires : l'une supérieure, pour le court péronier, l'autre inférieure pour le long péronier. (Testut.)

Le ligament annulaire externe qui maintient les tendons des péroniers dans le trajet sur la face externe du cou-de-pied, est essentiellement formé par des fibres qui se détachent du bord externe de la gouttière rétro-malléolaire et du sommet de la malléole et vont se terminer sur le tendon d'Achille et sur la face externe du calcanéum. Ce ligament présente deux épaisissements. Le premier se trouve au niveau même de la gouttière rétro-malléolaire, c'est le « *retinaculum peroneorum superius* » de Henle. Le deuxième, séparé du précédent par un intervalle d'un centimètre et demi environ, dans lequel le ligament est très mince, constitue le « *retinaculum peroneorum inferius* » du même auteur.

Situé un peu en arrière du point où les deux tendons vont se séparer, il serait constitué, d'après Henle, par l'adjonction aux fibres péronéo-calcanéennes superficielles, dont nous avons parlé, d'un système de fibres qui, parties de la face externe du calcanéum, au-dessous du tendon du long péronier latéral, contourneraient les deux tendons, pour revenir s'attacher sur le calcanéum, un peu au-dessus de leur point de départ. Ces fibres **constituent** ainsi, au niveau du cou-de-pied, un véritable ligament frondiforme qui rappelle le ligament frondiforme antérieur.

La coulisse fibreuse des péroniers forme un canal d'abord unique. Mais, au niveau même des fibres en fronde, ce canal est divisé en deux canaux secondaires par une cloison qui s'étend de la coulisse fibreuse au tubercule du calcanéum. (Poirier et Rouvière.)

Puyhaubert, à la suite de dissections nouvelles, donne de la loge des péroniers une description assez personnelle basée sur cette conception que les « *retinacula peroneorum* » ne sont pas des formations autonomes, mais seulement un prolongement épaissi de la gaine jambière des muscles péroniers. Voici l'analyse que donnent de cette conception Estor et Aïmes :

« Si nous suivons cette gaine de haut en bas, nous voyons que, au-dessus de la malléole, la loge des péroniers est formée en dedans par la face externe du péroné et en dehors par des fibres allant du bord antérieur au bord externe du péroné.

« A mesure qu'on descend vers la malléole, l'élargissement du bord antérieur du péroné reporte en dehors et en arrière les insertions de la loge des péroniers qui contourne ainsi en

spirale le bord postérieur de la malléole externe. Sa paroi osseuse devient antérieure, elle est excavée et ses deux bords donnent insertion à des trousseaux fibreux épais dont l'externe représente l'aponévrose jambière profonde, l'interne la cloison intermusculaire postérieure : « Il semble, dit Moutier, « que les tendons soient compris dans un dédoublement de « l'épaisse aponévrose jambière profonde. »

La continuité de cette aponévrose est interrompue plus bas par la présence de l'astragale et du calcanéum. Les deux parois fibreuses de la loge vont se fixer sur l'extrémité postérieure de l'astragale, la paroi interne tendant à devenir antérieure, la paroi externe postérieure. Cette paroi antérieure est bien distincte, on le voit, du ligament péronéo-astragalien postérieur, situé en avant de lui et inséré, non sur l'extrémité postérieure, mais sur la partie postérieure de la face latérale externe de l'astragale. Quant au ligament postérieur, qui représente le retinaculum supérieur, il est constitué par l'aponévrose jambière profonde et non pas par l'aponévrose jambière superficielle, feuillet mince et lâche, étendu de la lèvre externe de la gouttière rétro-malléolaire autour du tendon d'Achille. Au niveau de la malléole, il existe donc un ligament en Y, dans l'intervalle de ses branches sont les tendons péroniers.

Plus bas, la branche antérieure du retinaculum ne va plus à l'astragale, mais au calcanéum tout près de la surface articulaire. La branche postérieure, partie du sommet de la malléole, la rejoint. Ces deux branches épaisses, résistantes, constituent le retinaculum inférieur des tendons.

Ces ligaments sont donc embryologiquement formatifs de

la loge des péroniers, mais ils doivent être regardés fonctionnellement comme des ligaments articulaires.

Voici maintenant le coup d'œil d'ensemble topographique que Testut et Jacob jettent sur cette gaine en particulier et sur la loge externe du cou-de-pied en général :

« La loge externe toute petite longe le côté postéro-externe du péroné. Elle nous présente les deux péroniers latéraux, glissant dans la gouttière rétro-malléolaire, contournant d'arrière en avant la malléole externe et cheminant alors sur la face externe du **calcanéum** pour gagner l'un (le long péronier latéral) la gouttière cuboïdienne, l'autre (le court péronier latéral) le cinquième métatarsien. Dans leur trajet ils sont constamment maintenus contre la surface osseuse par le ligament annulaire externe du tarse. Les deux tendons, suivis de haut en bas, sont contenus tout d'abord dans une gaine ostéo-fibreuse unique, la coulisse des péroniers. Une cloison détachée de la face profonde du ligament annulaire est fixée d'autre part au **calcanéum**, la divise, plus bas, en deux coulisses secondaires : l'une supérieure, pour le court péronier, l'autre inférieure, pour le long péronier.

« La gaine fibreuse des péroniers est suffisamment résistante pour maintenir les tendons précités solidement appliqués contre la malléole externe. Il peut arriver cependant que, à la suite d'un violent effort musculaire (pendant une chute, par exemple) et lorsque le pied est en abduction et en extension sur la jambe, le tendon du long péronier latéral seul, ou bien les deux tendons à la fois, déchirent leur gaine et abandonnent leur loge pour venir se placer sur la face externe de la malléole péronière (luxation des tendons péroniers). »

III) LES TENDONS PERONIERS.

Toutes les fibres musculaires du long péronier latéral se portent vers en bas, où un tendon long et volumineux, aplati d'abord, puis cylindrique, les recueille et continuant le trajet du corps musculaire, descend derrière la malléole externe. Il contourne ensuite d'arrière, en avant cette saillie osseuse, glisse obliquement sur la face externe du calcanéum, s'engage dans la gouttière du cuboïde, traverse en diagonale la face inférieure du pied et finalement vient se terminer sur le tubercule externe de l'extrémité postérieure du premier métatarsien. Il envoie, dans la plupart des cas, une expansion assez résistante à la face inférieure du premier cunéiforme au deuxième métatarsien, une expansion plus grêle au premier muscle interosseux dorsal. Dans ce trajet, fort complexe, comme on le voit, le tendon du long péronier latéral se réfléchit deux fois et par conséquent présente deux coudes : un premier dont la concavité, dirigée en bas, embrasse la malléole externe, un deuxième dont la concavité, dirigée en haut et en dedans, répond au bord externe du pied. Au moment où il va s'engager dans la gouttière cuboïdienne, ce tendon présente d'ordinaire un renflement fibro-cartilagineux, de forme ovoïde susceptible de s'ossifier et de constituer sésamoïde (relié aux parties voisines par deux freins : l'un postérieur, s'attache au ligament calcanéo-cuboïdien inférieur; l'autre antérieur, se fixe à la base du cinquième métatarsien). (Testut et Latarjet.)

Les fibres charnues du long péronier latéral vont toutes se terminer sur une lame tendineuse à direction sagittale; celle-ci, d'abord cachée dans l'épaisseur du corps musculaire, s'en dégage, sous forme d'un tendon aplati, à l'union du quart inférieur et des trois quarts supérieurs du péroné; son bord

postérieur reçoit les dernières fibres charnues à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la malléole externe. Ce tendon se contourne, comme la face externe de l'os, dont il suit la direction, devient postérieur comme elle, glisse dans la gouttière rétro-malléolaire, se coude à angle obtus au sommet de la malléole et passe sur la face externe du calcanéum ; arrivé à la plante, il s'engage dans la gouttière oblique du cuboïde, croise au... sortir de cette dernière les deuxième et troisième articulations cunéo-métatarsiennes et se termine au niveau du premier métatarsien sur le tubercule externe de l'extrémité postérieure de cet os. Parfois le tendon envoie une expansion au premier cunéiforme, au deuxième métatarsien et au premier inter osseux dorsal.

Comme on le voit, le tendon du long péronier latéral se réfléchit deux fois : une première fois sur le sommet de la malléole externe, en formant un angle obtus ouvert en avant, une deuxième fois, sur le bord interne du pied, en formant un angle presque droit, ouvert en dedans et en haut. Dans son ensemble, il décrit une courbe dont la concavité regarde en avant, en dedans et en haut. Ce tendon présente constamment, au niveau du point où il pénètre dans la gouttière du cuboïde, un renflement fibro-cartilagineux, parfois même un véritable sésamoïde. (Poirier et Rouvière.)

Les fibres du court péronier latéral se dirigent en bas et viennent se fixer sur les deux faces d'un tendon aplati, dont elles accompagnent le bord supérieur jusqu'au niveau de la base de la malléole péronière. Ce tendon glisse, élargi, dans la gouttière rétro-malléolaire, se réfléchit sur le sommet de la malléole, ou plutôt sur le ligament péronéo-calcanéen, passe obliquement sur la face externe du calcanéum, et va s'insérer

au sommet de l'apophyse du cinquième métatarsien. Quelquefois, le tendon du court péronier envoie une expansion qui va se fixer sur le tendon du long extenseur appartenant au petit orteil. Comme les autres insertions surnuméraires du court péronier latéral que nous signalerons plus loin, cette expansion représente le reliquat de l'extenseur péronier du cinquième orteil de certains animaux. (Poirier et Rouvière.)

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

1. LE LONG PERONIER LATÉRAL.

Le long péronier latéral remplit un triple rôle : 1. Il étend le pied sur la jambe ; 2. Il produit la torsion du pied en dehors ; 3. Il maintient la concavité de la voûte plantaire.

Le mouvement d'extension se passe dans la tibio-tarsienne ; il est peu étendu et peu énergique ; le long péronier latéral n'est, en tant qu'extenseur proprement dit, qu'un faible auxiliaire du triceps sural.

Le mouvement de torsion en dehors est schématiquement décomposable, en un mouvement de rotation en vertu duquel le bord interne du pied s'abaisse et le bord externe s'élève, en même temps que la face plantaire regarde en dehors, et en un mouvement d'abduction, en vertu duquel la pointe du pied se dirige en dehors.

La contraction du long péronier latéral exagère la concavité de la voûte plantaire. Cette action du muscle est due à ce qu'il porte le bord interne du pied en bas et en dehors. Il en résulte une augmentation de la concavité de la voûte plantaire dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur.

Ces deux mouvements du bord interne du pied se combinent pour produire un mouvement de torsion complexe dont témoigne l'existence de plis cutanés curvilignes qui apparaissent sur la face plantaire pendant la contraction du long péronier latéral.

Ce rôle de soutien de la voûte plantaire est le rôle capital du long péronier latéral. Quelle que soit la pathogénie que l'on adopte pour la tarsalgie des adolescents, il est indiscutable que « l'impotence fonctionnelle du long péronier latéral a pour conséquence l'effondrement de cette voûte et l'apparition d'un pied plat ». (Poirier et Rouvière.)

« Considéré au point de vue de son action, le muscle long péronier latéral étend le pied sur la jambe, le porte en dehors et lui fait exécuter en même temps un mouvement de rotation en vertu duquel la face plantaire regarde en dehors. Il est donc à la fois extenseur, abducteur et rotateur en dehors. Congénère du jambier postérieur au point de vue de l'extension du pied, il est essentiellement antagoniste de ce dernier muscle au point de vue des deux autres mouvements. » (Testut.)

2. LE COURT PERONIER LATERAL.

Le court péronier latéral est rotateur du pied en dehors, c'est-à-dire élève son bord externe et amène la plante à regarder en dehors. Il n'agit, ni comme extenseur comme le croyait Sabatier, ni comme fléchisseur comme le pensait Winslow. (Poirier et Rouvière.)

Le muscle court péronier latéral est abducteur du pied auquel il imprime en même temps un mouvement de rotation en dehors. Il ne paraît être extenseur du pied que lorsque ce dernier a été fléchi sur la jambe. (Testut.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voyons d'abord quelles sont les anomalies que l'on a pu constater au niveau des parois du canal ostéo-fibreux dans lequel cheminent les tendons péroniers. Nous verrons ensuite plus spécialement l'anatomie pathologique des tendons congénitalement luxés.

1. LE CANAL OSTEO-FIBREUX.

Reconnaissons d'abord que les constatations intéressantes et vraiment utiles sont celles que l'on peut faire à ciel ouvert, par intervention opératoire ou par examen nécropsique. Or, les documents à ce point de vue sont rares, puisque trois cas seulement (Kramer, Ehrich, Estor et Aimes) ont été traités opératoirement et qu'un seul cas (Puyhaubert) a motivé une dissection post-mortem d'un fœtus hydrocéphale.

a) **La gouttière osseuse** des péroniers a été trouvée modifiée dans sa profondeur par Kramer, par Puyhaubert, et par Estor et Aimes : elle était très peu creusée, donc un péroné presque cylindrique, presque aplati, et la crête osseuse qui bride en avant les tendons se trouvait notablement abaissée, presque effacée.

b) **La position de la malléole péronière** était modifiée chez le fœtus de Puyhaubert; elle se trouvait reportée très en arrière, « augmentant ainsi très sensiblement l'angle de réflexion des tendons derrière la malléole ». Il en était de même dans un cas de Moutier.

c) **La gaine fibreuse.** Puyhaubert observa que la branche

postérieure du rétinaculum péronéorum est très mince, et se recourbe en avant de la malléole, entraînée par les tendons quand on tire sur eux. « Mais la malformation la plus évidente, c'est le défaut d'union de cette branche avec la branche antérieure. Elle va en effet se perdre insensiblement dans les tissus cellulaires sous-cutanés. » Moutier, après Panteau, insiste sur les malformations de la gaine fibreuse. Ombrédanne fait remarquer que la gaine fibreuse est élargie, comme la capsule articulaire de l'épaule dans les luxations extra-caracoïdiennes, sans rupture capsulaire. Ehrich, dans ses préparations anatomiques, montre qu'il existe de grandes différences dans le développement de la sangle des tendons.

En somme, comme le font remarquer Estor et Aimes, il existe une aplasie généralisée qui porte à la fois sur la gouttière osseuse et sur la formation fibreuse qui la transforment en canal.

2. LES TENDONS PERONIERS LUXÉS.

Les diverses observations étudiées ne parlent pas d'atrophie des tendons péroniers. Il semble pourtant vraisemblable qu'ils soient frappés, eux aussi, par l'aplasie globale de la région, et il serait intéressant que l'attention des observateurs soit attirée sur le fait de savoir si ces tendons sont soit anormalement longs, soit anormalement grêles, par rapport non pas à ceux du côté opposé (habituellement lésés) mais à ceux d'un individu normal.

La malformation est habituellement bilatérale (neuf cas) quelquefois plus marquée d'un côté que de l'autre, où seule une recherche systématique la fait découvrir.

La malformation peut être incomplète et s'arrêter au degré de subluxation (Moutier).

En outre, la malformation peut être partielle et le vice de position n'intéresse qu'un seul des tendons : c'est alors le tendon du long péronier latéral qui se trouve soit seul luxé, soit le plus largement luxé.

Enfin, la luxation peut être intermittente, c'est-à-dire n'apparaître que dans certaines positions du pied : en effet, l'extension forcée du pied sur la jambe (équionisme) la fait disparaître, cependant qu'elle s'accuse de plus en plus lorsqu'on met le pied en flexion de plus en plus marquée (talus).

Les tendons luxés ont quitté leur loge et traversent en écharpe la face externe de l'extrémité inférieure du péroné et de la malléole jusqu'au contact du bord antérieur. Dans cette nouvelle position, ils glissent sous la peau et la soulèvent en un pli saillant lorsqu'on fait exécuter aux muscles péroniers des contorsions actives.

La forme du pied est variable, mais habituellement (sauf dans trois cas) modifiée. Ce qui pourrait dominer le plus souvent, c'est le pied plat (quatre cas). Cependant, la difformité inverse peut être observée, et, dans les deux cas d'Estor et Aimes, nous voyons les auteurs insister sur ce fait que les deux pieds sont déformés en pied creux, ce qui peut motiver des réflexions intéressantes.

PATHOGÉNIE

Comment maintenant expliquer le mécanisme selon lequel les tendons sont en position anormale? Faut-il, avec Kramer, attribuer une influence prédominante à l'absence de creusement de la gouttière osseuse? Faut-il, avec Ehrich, voir la cause de la luxation dans la malformation des retinacula, considérer l'aplasie de la gouttière malléolaire comme sans importance?

Nous pensons qu'il serait bien peu sage d'être systématique et nous nous rallions sans hésiter à l'éclectisme d'Estor et Aimes quand ils écrivent : « Ce rôle de la malformation ligamenteuse ne peut être nié, puisque dans deux observations on note l'absence de la sangle fibreuse; mais la malformation osseuse est aussi nettement signalée et, en général, l'aplasie porte à la fois sur les deux formations : os et ligaments. »

Ne peut-on pas arrêter son attention sur la déformation habituelle du pied en pied plat valgus, et se demander si cette attitude en rapprochant les points d'insertions des péroniers, en diminuant l'angulation de leurs tendons, en déjetant en dehors ces mêmes tendons, ne pourrait pas être la cause de la luxation (et non sa conséquence, comme on tend habituellement à l'admettre)? Telle est du moins l'opinion d'Estor et Aimes, qui apportent à l'appui de cette manière de voir les deux cas où ils ont observé un pied creux bilatéral (prouvant ainsi que le pied plat n'est pas forcément la conséquence de la luxation des péroniers). Cette manière de voir nous paraît parfaitement juste. Nous voyons cependant une

objection qu'on pourrait bien opposer : la relative fréquence des pieds bots congénitaux valgus, par rapport à l'extrême rareté de la luxation congénitale des péroniers; mais nous savons que cette extrême rareté n'est peut-être qu'apparente.

Il nous est facile d'expliquer pourquoi, quand la difformité est inégale sur les deux tendons, c'est sur le tendon long péronier qu'elle est la plus accusée. Ce tendon ayant un trajet plus long et un point d'insertion plus éloigné, il est naturel de le voir jouir de plus liberté que son compagnon; c'est donc lui qui se luxera le premier lorsque les moyens de fixité rétro-malléolaires seront déficients.

Il nous est également possible d'expliquer l'intermittence de la luxation des péroniers latéraux : quand le pied est en flexion forcée sur la jambe, le point d'insertion inférieur des tendons est de plus en plus antérieur, la direction de ces tendons se dévie d'autant plus nettement et l'angulation produite par leur réflexion sous-péronière est d'autant plus forte; rien d'étonnant à ce que le tendon insuffisamment retenu en arrière, cherche à gagner son point d'insertion par le chemin le plus court, qui est la ligne droite, en sautant pour croiser en écharpe la face externe de la malléole péronière. Par contre, lorsque le pied est en extension forcée sur la jambe, le point d'insertion inférieure des tendons se déplace de plus en plus vers en arrière pour venir se mettre dans le prolongement de l'axe de la jambe, c'est-à-dire de l'axe des muscles péroniers; rien d'étonnant qu'à ce moment les tendons viennent se replacer derrière la malléole, leur direction restant rectiligne et aucune force ne les sollicitant plus pour en sortir.

Reste un point assez délicat : celui des malformations peu

accusées de la région malléolaire externe, constituant une tendance congénitale à la luxation des péroniers latéraux. Moutier y insiste et considère que cette malformation ébauchée doit être invoquée dans la pathogénie des luxations traumatiques, ce qui expliquerait leur rareté. Faut-il donc, en employant la nomenclature utilisée pour les hernies inguinales, pour les luxations de la hanche, déclarer congénitales toutes luxations des péroniers, comme sinon constituées dès la naissance, du moins provoquées par une malformation, une prédisposition datant de la naissance? Quelque intérêt que présente le facteur étiologique prédisposition congénitale dans les luxations traumatiques, il nous semble qu'il faut maintenir bien séparées l'une de l'autre, la luxation congénitale de la luxation traumatique : la première est celle qui se manifeste spontanément ou qu'un examen fortuit fait découvrir ; la seconde est celle qui ne se manifeste qu'après un traumatisme important.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Quelles sont les conséquences de la luxation congénitale des tendons péroniers sur l'attitude du pied, sur ses mouvements, sur la marche ? Les diverses modifications que nous allons noter dépendent du premier résultat et la première conséquence de la luxation des péroniers : le rapprochement de leurs points d'insertion, par suppression de la réflexion derrière la malléole, ou plus exactement la diminution de leur trajet entre ces deux points d'insertion. De cela va d'abord découler un relâchement des muscles devenus en quelque sorte trop longs ; et de ce relâchement, de cet excès de longueur, va résulter un affaiblissement de l'efficacité de leur contraction. Quelle influence cela va-t-il exercer ?

1. SUR L'ATTITUDE DU PIED.

Le long péronier latéral intervient directement dans l'attitude du pied puisque c'est lui, nous l'avons vu, qui maintient la concavité de la voûte plantaire. La luxation du long péronier latéral doit donc entraîner un affaissement de la voûte plantaire et une déformation du pied en pied plat (tel est à peu près, disent Poirier et Rouvière, la pathogénie invoquée pour la tarsalgie des adolescents).

En fait, nous trouvons, sur onze cas, quatre observations où l'attitude du pied paraît avoir été normale ; quatre où le pied est plat, et deux, enfin, où le pied paradoxalement est creux. Rappelons qu'Estor et Aimes retiennent ces cas de pied creux pour nier que le pied plat soit la conséquence de

la luxation des péroniers, et pour suggérer qu'il en pourrait être la cause. Mais nous pourrions nous demander si ce pied creux paradoxal ne pourrait pas être une déformation tardive ; le pied aurait été d'abord plat par déficience de la contraction du long péronier latéral ; à cette déficience d'un muscle aurait fait suite une contracture réflexe des antagonistes qui élèvent le bord interne du pied, et, par le varus qu'ils déterminent, provoqueraient l'exagération de la cambrure du pied. Simple hypothèse, du reste, que nous ne sommes nullement en mesure de défendre sérieusement et de prouver.

2. SUR LES MOUVEMENTS DU PIED.

Théoriquement, les péroniers étant essentiellement rotateurs en dehors du pied, pronateurs, générateurs du valgus, on peut concevoir que leur déficience par relâchement entraîne une action prédominante des antagonistes générateurs de la supination du valgus. Les mouvements de valgus seraient donc gênés.

Or, dans aucune observation nous ne voyons mentionné de gêne de mouvements : Kramer indique seulement une mobilité anormale du pied, et Moutier un diastasis malléolaire. Même chez le danseur de Mouchet et Moutier, il est spécifié qu'il n'y avait aucune gêne fonctionnelle... chez un danseur ?

3. SUR LA MARCHÉ.

Tous les auteurs sont d'accord pour indiquer que la marche, chez leurs malades, était normale. Tout au plus existait-il un léger trouble causé par les déformations secondaires ou indépendantes. (Pied creux.)

ASPECT CLINIQUE

Nous n'insisterons guère sur ce chapitre : nous avons exposé au chapitre « Anatomie Pathologique » les signes physiques, et, au chapitre « Physio-pathologique » les signes fonctionnels.

Indiquons seulement que la luxation congénitale des péroniers, comme on peut le voir dans nos observations, se rencontre souvent chez des sujets porteurs d'autres malformations nombreuses et variées (bec de lièvre, luxation congénitale de la hanche, etc...)

Précisons que la luxation des péroniers se voit plus fréquemment dans le sexe masculin (sept cas) que dans le sexe féminin (trois cas).

Et ajoutons que, outre la pauvreté des symptômes fonctionnels, elle se caractérise par l'absence de douleurs ; tout au plus, le sujet peut-il percevoir, soit un frottement, soit une sorte de claquement atténué lorsque les tendons sautent par-dessus la pointe malléolaire.

L'évaluation de la luxation congénitale des tendons péroniers ne pourrait pas se faire dans le sens d'une aggravation des symptômes.

Quant au pronostic, étant donné la pauvreté des symptômes tant physiques que fonctionnels, et le « statu quo » persistant, il ne peut être qu'excellent : peut-être existe-t-il seulement une légère prédisposition aux entorses tibio-tarsiennes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette malformation qu'est la luxation congénitale des tendons péroniers est très facile : la corde qui franchit obliquement la face externe de la malléole péronière et qui soulève la peau dans les mouvements de contraction active des muscles péroniers, cette corde qui s'accuse d'autant plus que le pied est en flexion dorsale plus accusée, mais qui peut se réduire entièrement derrière la malléole péronière dans l'extension forcée, — cette corde ne peut être confondue avec aucune autre chose, et on ne peut qu'y reconnaître les tendons luxés.

Une petite difficulté se présente souvent cependant, née de l'absence de troubles fonctionnels éprouvés par le sujet. Ce n'est donc qu'à l'occasion d'un examen attentif complet que la luxation des péroniers, sauf dans les cas où elle est fonctionnellement manifeste, sera découverte. Quant à sa nature congénitale, il est facile de la déduire de ce fait que le sujet n'accuse aucun traumatisme de son apparition ; dans quelque rares cas, il pourra même s'être aperçu de sa difformité dès l'enfance, ou ses parents l'avoir remarquée dès la naissance.

Un cas d'hésitation assez délicat peut se présenter, comme chez le malade que Mouchet fut appelé à expertiser : une luxation des péroniers se manifeste brusquement à l'occasion d'un faux pas, sous l'aspect clinique d'une entorse ; mais en examinant le malade on découvre une luxation ignorée silencieuse et spontanée, donc congénitale, des mêmes tendons

du côté opposé. Fallait-il suivre la Compagnie d'assurance qui, se basant sur la bilatéralité, affirmait l'existence antérieure de la lésion ? On pourrait bien, en effet, penser à une double luxation congénitale. Mais Mouchet conclut que le début soudain au cours d'un exercice professionnel devait faire considérer la lésion comme un accident du travail.

TRAITEMENT

Il est tout d'abord une série de cas dans lesquels les troubles fonctionnels sont si légers que le patient ne s'était même pas aperçu de la lésion ; il est bien évident qu'il serait tout à fait hors de propos de proposer ou même de conseiller une thérapeutique dont le malade se demandera quelle en peut être l'utilité. Il s'accommodera fort bien de la lésion, aussi bien maintenant qu'il en connaît l'existence qu'avant de la soupçonner.

Dans une deuxième série de cas, les troubles fonctionnels existent, mais légers, à peine gênants. Laisser le malade dans cet état, c'est peut-être s'exposer à des reproches d'autant plus vifs que le sujet fera davantage attention à sa lésion, lorsqu'un diagnostic précis lui aura été donné et expliqué. Mais, d'autre part, faut-il pour des troubles si minimes proposer une intervention sanglante, seule capable de remettre définitivement en place les tendons luxés ? Ne serait-ce pas risquer de remplacer une gêne minime par une gêne plus grande (car l'intervention peut laisser quelques altérations fonctionnelles) dont le malade s'irriterait à juste titre ?

Dans ces cas intermédiaires, on peut conseiller le port d'une bande souple (en crêpe ou en flanelle, par exemple) appliquée sur le pied en extension (c'est-à-dire en position de réduction de la luxation) ; la légère compression de la bande suffira pour contenir la réduction et supprimer les troubles. Mieux encore, on peut, suivant les conseils d'Ombrédanne, faire construire une petite guêtre bien ajustée, moulée sur les

saillies et méplats du cou-de-pied, lacée et faite en peau souple (peau de gants, peau de chien).

Dans ces mêmes cas de troubles fonctionnels discrets lorsqu'une déformation du pied existe assez importante (pied plat, le plus souvent) on pourra y remédier en traitant le pied plat par une semelle orthopédique (type semelle de Whitmann par exemple).

Restent les cas où la gêne fonctionnelle est sérieuse et entrave l'activité (professionnelle ou sportive) du malade : déformation du pied, douleurs, altérations des mouvements, gêne à la marche. Il est alors non seulement permis, mais encore nettement indiqué, de se résoudre à un traitement sanglant, assurant une restauration anatomique telle que la luxation ne puisse plus se reproduire.

Les procédés utilisables pour atteindre le but sont ceux que l'on utilise dans le traitement de la luxation traumatique. En voici un aperçu d'après la thèse de Moutier :

1. RECONSTITUTION DE LA SANGLE FIBREUSE.

Renversement d'un lambeau périostique péronier au-dessus des tendons et suture de ce lambeau au péroné (Kramer), au calcanéum (Ehrich) ou à la gaine péri-tendineuse (Lannelongue).

Ce lambeau peut être ostéo-périostique (Koenig). Il peut être taillé aux dépens du calcanéum (Haberern). Confection d'une boucle à l'aide du tendon du grand palmar qui enserme les tendons et se fixe dans la malléole externe (Lexer, Eden).

2. RECONSTITUTION D'UNE GOUTTIERE OSSEUSE.

Inclusion des tendons dans la malléole creusée en canal (Mauclaire). Approfondissement de la gouttière rétro-péronière (Cheyne et Bouchard, Tillmann, Witmann, Monks). Épaississement de la crête pré-tendineuse par implantation d'un greffon creux (Kousmine, Kelly).

3. RECONSTITUTION SIMULTANEE DE LA SANGLE FIBREUSE ET DE LA GOUTTIERE OSSEUSE.

Albert, Mayde, Ruatte ont imaginé des procédés assez voisins pour aboutir à ces résultats. Estor a employé la technique suivante : creusement de la gouttière rétro-malléolaire ; reconstitution d'une sangle fibreuse aux tendons ; maintien de la réduction par un fil d'argent traversant temporairement la malléole. « Ce procédé présente les avantages suivants : il s'adresse aux deux causes possibles de la luxation (insuffisance de la sangle, aplasie de la gouttière osseuse) il n'expose pas, comme les procédés à lambeau ostéo-périostique, à donner toujours une saillie osseuse très gênante par suite de la pression de la chaussure et parfois des cals exubérants douloureux ; il permet enfin, grâce à la présence du fil d'argent qui maintient solidement la réduction des tendons, une organisation facile de la nouvelle gaine et de la nouvelle gouttière osseuse. »

Parmi les observations sur lesquelles repose notre travail, nous trouvons seulement trois interventions opératoires : Kramet fit la reconstitution de la sangle, par un lambeau périostique fixé en arrière de la malléole après rabattement

d'avant en arrière ; Ehrich fit de même et fixa le lambeau au calcanéum ; Estor et Aimes creusèrent la gouttière, refirent la sangle, et continrent par un fil d'argent les tendons réduits. Il ne nous appartient pas de nous prononcer avec autorité sur la valeur de ces procédés, les auteurs se déclarent chacun satisfait du résultat obtenu. Il nous semble pourtant que le procédé Estor et Aimes est le plus rationnel, le plus anatomique et le plus complet, et à ces divers titres, c'est lui qui satisfait le mieux notre esprit et que nous choisirions le plus volontiers, le cas échéant.

CONCLUSIONS

1. La luxation congénitale des tendons péroniers est très rare : on n'en trouve dans la littérature que onze cas. Mais on peut penser que cette rareté est moins grande qu'elle ne le paraît, et que de nombreux cas passent inaperçus.

2. L'aspect clinique de la lésion, la modestie des signes physiques, l'exiguïté des signes fonctionnels justifient cette manière de voir.

3. Dans la pathogénie de la luxation congénitale des tendons péroniers, il faut envisager, non pas un facteur unique (aplasie de la gouttière osseuse ou laxité de la sangle fibreuse) mais sans doute une difformité globale de la région avec la collaboration de toutes les difformités locales (gouttière, sangle, tendons).

4. La plupart des cas paraissent assez bien tolérés pour ne motiver aucun traitement. S'il existe de la gêne fonctionnelle légère, la contention par un bandage suffit à la supprimer.

Si cette gêne est grave, une opération s'impose. Il faut alors choisir comme le plus pathogénique et le plus complet, le procédé d'Estor et Aimes : Creusement de la gouttière osseuse, réfection de la sangle fibreuse, contention temporaire des tendons réduits.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — La luxation des tendons des muscles péroniers latéraux. *Réunion d'Orthop. et de Chir. de l'App. Locomoteur, Bordeaux*, 26 novembre 1931.
- BALARD D'HERLONVILLE. — Contribution à l'étude de la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux. *Th. de Paris*, 1890, N. 268.
- BETTMANN. — Partielle Jublux. Zerreißung der Sehne des Peronens lungus. *Congr. méd. int. infort. lavoro*, Rome 1909, II, P. 676.
- EDEN. — Traitement de la luxation des tendons péroniers latéraux. *Munch. méd. Woch*, 19 mars 1912.
- EHRICH. — Luxation congénitale bilatérale des tendons péroniers latéraux. *Central bl. für chir.*, 1910, N. 31, p. 118.
- ESTOR et AIMES. — La luxation congénitale des tendons des muscles péroniers latéraux. *Rev. d'Orthop.*, 1923, p. 5.
- ESTOR et AIMES. — Luxation traumatique récidivante du tendon du long péronier latéral. *Rev. d'Orthop.*, 1928, p. 325.
- KELLY. — Traitement opératoire de la luxation chronique des tendons péroniers. *Brit. Journal of Surg.* VII, avril 1920.
- KRAMER. — Luxation congénitale des tendons péroniers. *Central bl. für Chir.*, 6 VII 1895.
- LEXER. — *Operation wegen habituell*, luxation der Munch med. Woch, 1911, LVIII, p. 2770.
- LEXER. — Opération pour luxation récidivante des tendons péroniers. *Soc. des Sc. nat. et méd.*, Iéna, 9 novembre 1911.

- MAUCLAIRE. — Inclusion intramalléolaire des tendons péroniers. *Arch. gén. de chir.*, VI, 1910, p. 718.
- MORRIS BOOTH MILLES. — Luxation ant. des tendons du long et court péronier. *Transact. Ac. de Chir. de Philadelphie*, 1 avril 1912.
- MOUTIER. — De la luxation des tendons péroniers latéraux. *Th. de Paris* 1912, N° 284.
- MUSHAT. — Die luxation der Peronenssehnen. *Verhandl. d. d. orthop. Gesselch.*, 1915, XIII, p. 271.
- OMBRÉDANNE. — Luxation des tendons. *Tr. de Chir. Le Dentu-Delbet*, 1907, IX, p. 121.
- OTAKAR E. SCHULZ. — Sur la luxation habituelle des tendons péroniers latéraux. *D. Zeituhr für orthop. chir.*, XLVIII, 11 février 1927, page 80-9.
- POIRIER et ROUVIÈRE. — Myologie. *Traité d'Anatomie humaine Charpy-Poirier-Nicolas*, 1911, T. II.
- PUYHAUBERT. — De la luxation congénitale des tendons des muscles péroniers latéraux. *Rev. d'Orthop.* 1908, p. 321.
- RICHARD. — Dislocation of peroniens tendons. *D. Zeituhr für chir.* 1930, T. CCXXVI, p. 156.
- TESTUT et LатарJET. — Péroné, muscles péroniers. *Tr. d'Anat.* 1928, T. I.
- TESTUT et JACOB. — Membres inférieurs. *Traité d'Anatomie topogr.*, 1914, T. II.
- TRACY. — Note sur le traitement de la dislocation des tendons péroniers. *Interstate méd. J.*, XVI, mars 1909, p. 200.
- TRANCHANT. — Luxation des tendons péroniers latéraux. *Arch. Méd. et Pharm. milit.*, LVI, 1910, p. 182.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Observations	12
Rappel anatomique.....	21
Rappel physiologique.....	29
Anatomie pathologique.....	31
Pathogénie	34
Physiologie pathologique.....	37
Aspect clinique.....	39
Diagnostic	40
Traitement	42
Conclusions	46
Bibliographie	47

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« La luxation Congénitale
des tendons des Muscles
péroniers latéraux. »

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 Janvier 1933.

Le Professeur,
ETIENNE.

Vu :

Montpellier, le 12 Janvier 1933.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 15 Janvier 1933.

Le Recteur,
TAILLIART.

BIARRITZ
IMPRIMERIE DE LA « GAZETTE »
17, rue Duler, 17

1933

